

受 理 印

# 通 院 移 送 費 申 請 書

令和 年 月 日

住 所 \_\_\_\_\_  
申請者  
(通院者) 氏 名 \_\_\_\_\_

枚方市福祉事務所長 様

通院者名 \_\_\_\_\_ ( 年 月 日生まれ)

下記のとおり生活保護法による通院移送費を申請します。

1 通院医療機関名 \_\_\_\_\_ 病 (医) 院

2 乗物・経路

区間	乗物の種類	単価
～	電車・バス・( )	円

3 申請額 \_\_\_\_\_ 円 (往復) × \_\_\_\_\_ 回 = \_\_\_\_\_ 円

申請額合計 \_\_\_\_\_ 円

## 通 院 証 明 書

通院日 \_\_\_\_\_ 年 月 分

1 日		2 日		3 日		4 日		5 日		6 日		7 日	
8 日		9 日		10 日		11 日		12 日		13 日		14 日	
15 日		16 日		17 日		18 日		19 日		20 日		21 日	
22 日		23 日		24 日		25 日		26 日		27 日		28 日	
29 日		30 日		31 日									

上記の通り当院に \_\_\_\_\_ 日間の通院があったことを証明します。

令和 年 月 日

\_\_\_\_\_ 病 (医) 院  
通院日空欄への病(医)院の担当者の押印により、証明に代えることができます。